

Projekt HCEU wsparciem dla przejrzystości i uznawania kwalifikacji w sektorze opieki zdrowotnej w Europie

Lucyna Płaszewska-Żywko¹, Teresa Gabryś²,
Iwona Malinowska-Lipień², Maria Kózka¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Lucyna Płaszewska-Żywko, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, lucyna.plaszewska-zywko@uj.edu.pl

Abstract

The HealthCareEurope (HCEU) project as a support for the transparency and the recognition of qualifications in the health sector in Europe

The HealthCareEurope (HCEU) project funded by the European Commission (co-funded by Erasmus +) implemented from September 2015 to August 2018 involved 10 institutions from five European countries. The leader of the project was DEKRA Akademie GmbH (DE).

The aim of the project was to develop tools to facilitate the transparency and recognition of migrant workers' qualifications within the health care sector in Europe. As a part of the project, the Competence Matrix – Nursing was developed with additional tools to facilitate their transfer to European countries and combined with the Competence Matrix – Elderly Care creating the "Competence Matrix – Professional Care". In the matrix the VQTS model was used, based on professional tasks in a specific area of work, progress of competence development and competence profiles. The results of the project could facilitate the nurses and elderly caregivers to move freely around the European labor market in terms of their qualifications. In the current process of qualifications recognition – diplomas/certificates confirming formal qualifications have been taken into account, but not qualifications obtained in non-formal and informal learning. The developed Competence Matrix – Professional Care complements these elements.

Key words: HCEU, nurse, elderly caregiver, recognition of qualifications, VQTS model, matrix, competence profiles

Słowa kluczowe: HCEU, pielęgniarka, opiekun osoby starszej, uznawalność kwalifikacji, model VQTS, matryca, profile kompetencji

Wstęp

Ochrona zdrowia stanowi jeden z najbardziej znaczących sektorów w krajach Unii Europejskiej. W sektorze tym zatrudnionych jest 9,7% pracowników, a wydatki pochłaniają średnio 7–11% produktu krajowego brutto państw członkowskich. W krajach Europy Zachodniej wydatki związane z rekrutacją i utrzymaniem pracowników ochrony zdrowia stanowią 70% całego budżetu przeznaczanego na leczenie [1].

Pomimo iż w Regionie Europejskim WHO (World Health Organization) pracuje około 7,3 miliona pielęgniarek/pielęgniarzy, ta liczba nie jest odpowiednia, aby sprostać obecnym i przewidywanym przyszłym potrzebom [2]. Statystyki pokazują, że zmiany demograficzne w większości krajów w regionie prowadzą do wzrostu liczby osób starszych, często potrzebujących opieki długoterminowej oraz zmniejszającej się liczby młodych ludzi, którzy mogą podjąć kształcenie w zawodzie pielęgniarki. Starzenie się społeczeństw nie omija też samej

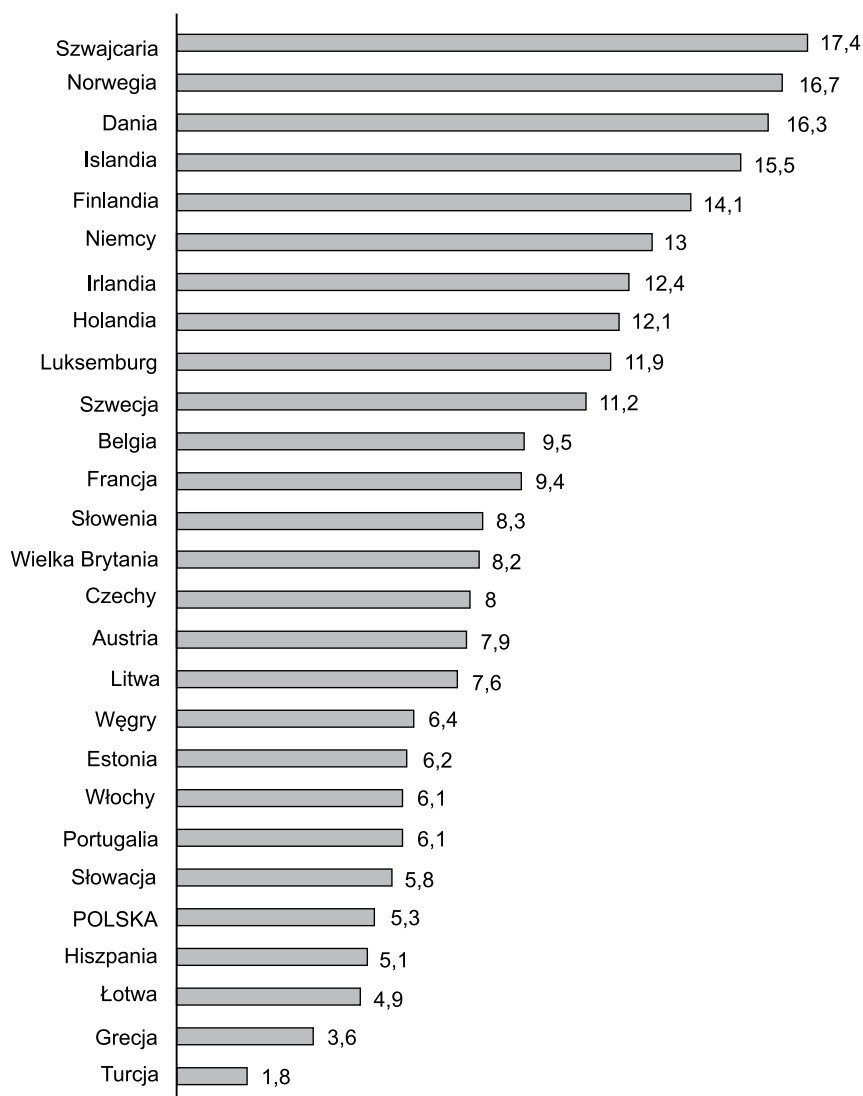
grupy pielęgniarek, której wskaźnikiem jest jej obecna struktura wieku. Średnia wieku pielęgniarek przekracza 40 lat (np. Holandia – 43,8, Irlandia – 41,4, Wielka Brytania – 42,0, Polska – 50,79 roku), a wiek przejścia na emeryturę w tych krajach wynosi co najmniej 60 lat [3, 4]. Obecnie w Polsce 69,5% aktywnych zawodowo pielęgniarek jest w wieku powyżej 45 lat. Najmniejszą grupę pielęgniarek (5,53%) stanowią osoby mające 21–30 lat. Na wysoką średnią wieku pracujących pielęgniarek wpływa także spadek zainteresowania kandydatów wyborem kształcenia w tym zawodzie wobec silnej konkurencji z innymi atrakcyjnymi profesjami, które oferują lepsze perspektywy rozwoju oraz niepodejmowanie pracy w zawodzie po ukończeniu kształcenia [4].

Od lat wiele krajów boryka się z brakiem odpowiedniej liczby pielęgniarek. W skali globalnej szacuje się deficyt kadry pielęgniarskiej w przedziale od 22 do 29% [2, 5, 6]. W Polsce zawód pielęgniarki uznano za zawód

deficytowy w roku 2016 wobec niedoboru kadry w 13 na 16 województw [7].

W krajach europejskich zarówno deficyt kadry pielęgniarskiej, jak i możliwość zapewnienia dostępności do opieki świadczonej przez tę grupę zawodową, są zróżnicowane. Ilustruje to wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 1000 mieszkańców, który waha się od 17,6 w Szwajcarii do 1,8 w Turcji. W Polsce wskaźnik ten wynosi 5,3. Średni wskaźnik pielęgniarek na 1000 mieszkańców w krajach europejskich OECD wynosi 9,4 (**Rycina 1**) [8].

Niedobór pielęgniarek w świecie stał się jednym z głównych problemów, ponieważ ma wpływ na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej, w tym między innymi na zapewnienie dostępności do opieki dla pacjentów oraz na problemy w środowisku pielęgniarskim [2, 5, 9]. Brak pielęgniarek powoduje między innymi: wydłużenie godzin ich pracy, zwiększenie obciążenia pracą, narażenie na stres, przemęczenie i niezadowolenie z pracy, co przekłada się na jakość świadczonej opie-



Rycina 1. Wskaźnik OECD zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców w 27 europejskich krajach członkowskich OECD [4, 8].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2017 [4].

ki i jest jednym z czynników sprzyjających rezygnacji z pracy w zawodzie [10–13].

Zarówno Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), jak i Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) w wielu dokumentach wskazują, że zasoby kadrowe w systemie opieki zdrowotnej są istotnym elementem w dążeniu do stworzenia modeli charakteryzujących się efektywną opieką i racjonalnymi kosztami [2, 5, 9].

Czynnikiem pogłębiającym niedobór pielęgniarek w krajach uboższych jest migracja. Pielęgniarki z krajów średnio i słabo rozwiniętych emigrują najczęściej do Wielkiej Brytanii, Irlandii i Stanów Zjednoczonych, podczas gdy w Norwegii i Australii zatrudniane są pielęgniarki z krajów wysoko rozwiniętych (np. do Australii wyemigrowały pielęgniarki z Irlandii, Wielkiej Brytanii i USA) [14–17]. Migracji pielęgniarek sprzyja swoboda przemieszczania się w krajach Unii Europejskiej, która jest jedną z fundamentalnych wartości gwarantowanych prawem wspólnotowym. Uznanie kwalifikacji lub dowód ich porównywalności są dla pracowników opieki zdrowotnej podstawą zatrudnienia w zawodzie w krajach członkowskich Unii Europejskiej. W odniesieniu do zawodu pielęgniarki zasady uznawania kwalifikacji reguluje Dyrektywa Parlamentu Europejskiego 2013/55 UE z dnia 20 listopada 2013 roku w sprawie uznawania kwalifikacji na mocy Dyrektywy 36/2005 WE. Pomimo iż pracodawcy w krajach członkowskich uznają formalne dokumenty, mają jednak świadomość, że proces kształcenia w poszczególnych krajach może być zróżnicowany i przy uznaniu kwalifikacji zawodowych potrzebna jest ocena kompetencji pracownika w danym momencie. Rekrutacja odpowiedniej osoby na właściwe stanowisko pracy wymaga bowiem oceny kompetencji organizacyjnych i indywidualnych w celu jak najlepszego dopasowania.

Obowiązujący proces uznawania kwalifikacji dla najważniejszych zawodów medycznych w praktyce jest bardzo skomplikowany, czasochłonny i mało przejrzysty. W procesie tym nie uwzględnia się między innymi doświadczenia zawodowego, ukończonego kształcenia podyplomowego, czyli kwalifikacji nieformalnych i pozaformalnych osoby podejmującej pracę poza granicami swojego kraju.

Informacje o projekcie

Międzynarodowy projekt partnerski o nazwie Health-CareEurope (HCEU) *Wspieranie przejrzystości i uznawania dotychczasowego kształcenia w ramach mobilności geograficznej pracowników w sektorze opieki zdrowotnej* był realizowany od września 2015 do sierpnia 2018 roku w ramach Erasmus+ i finansowany przez Komisję Europejską. Uczestniczyło w nim dziesięć różnych instytucji z pięciu krajów europejskich, tj. Austrii, Grecji, Niemiec, Polski i Węgier. Liderem projektu była DEKRA Akademie GmbH z siedzibą w Niemczech, a partnerami: Technische Universität Dresden (Niemcy), Verein für Internationale Jugendarbeit (Niemcy), 3s research laboratory (Austria), DEKRA Akademie EPE (Grecja), Technological Educational Institute of Athens (Grecja), DEKRA Akademie Kft. (Węgry), Interpersonnel Polska (Polska),

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska), Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział w Bydgoszczy (Polska). Prace realizowane w ramach projektu HCEU miały wymiar międzynarodowy. Terenem badań były celowo dobrane instytucje z krajów uczestniczących w projekcie, w tym zakłady opieki zdrowotnej i uczelnie.

Założenia projektu

W projekcie HCEU opierano się na wynikach procesu uczenia EQF (European Qualifications Framework – Europejska Rama Kwalifikacji) i istniejących instrumentach europejskich, takich jak ECVET (European Credit System for Vocational Education Training – Europejski System Transferu Osiągnięć w Kształceniu i Szkoleniu Zawodowym) i ESCO (European Classification of Skills/Competencies, Qualifications and Occupations – Europejska Klasyfikacja Umiejętności/Kompetencji, Kwalifikacji i Zawodów). Wykorzystano również model i matrycę VQTS (Vocational Qualifications Transfer System – System Transferu Kwalifikacji Zawodowych) w kontekście porównania i uznania kwalifikacji uzyskanych w ramach opieki zdrowotnej w innych zakresach uczenia się niż krajowy, formalny system kwalifikacji.

Zrozumienie przyjętych w projekcie założeń wymaga ich wyjaśnienia, co zostało zamieszczone poniżej:

- EQF – wynik procesu uczenia traktowany jest jako zestaw wiedzy, umiejętności i kompetencji, który dana osoba uzyskała i/lub jest w stanie potwierdzić po ukończeniu procesu nauki formalnej, nieformalnej i pozaformalnej [18].
- ECVET ma na celu: ułatwienie uczącym się uzyskania potwierdzenia i uznania umiejętności oraz wiedzy zdobytych w różnych systemach i krajach – tak aby móc zaliczyć je do swoich kwalifikacji zawodowych; zachęcenie uczących się do nauki w różnych krajach i środowiskach edukacyjnych; zwiększenie kompatybilności różnych systemów kształcenia i szkolenia zawodowego (VET) w całej Europie oraz oferowanych przez nie kwalifikacji; zwiększenie szans absolwentów różnych systemów kształcenia i szkolenia zawodowego na rynku pracy oraz zapewnienie pracodawców, że za każdym rodzajem kwalifikacji uzyskanych w ramach VET stoją konkretne umiejętności i wiedza [19].
- ESCO stanowi wielojęzyczną klasyfikację zawodów, umiejętności i kwalifikacji, która pozwala na porównanie kompetencji z wymaganiami pracodawców i regulacjami prawnymi w danym państwie europejskim [20].
- VQTS funkcjonuje jako model i jako matryca. Model VQTS opisuje kompetencje i ich nabywanie, a także sposób ich przedstawienia w stosunku do kompetencji uzyskanych poprzez programy szkoleniowe na poziomie krajowym. Koncentruje się na procesach pracy, identyfikując podstawowe zadania zawodowe w kontekście najważniejszych sfer aktywności zawodowej oraz zróżnicowanie profili kompetencyjnych pod kątem rozwoju kompetencji. Matryca Kompetencji VQTS zawiera ujęte w tabeli kompetencje

w ramach konkretnego zakresu pracy. Kompetencje są podzielone na grupy zgodnie z podstawowymi zadaniami w odpowiednich dziedzinach zawodowych i z postępem ich rozwoju. Z poszczególnych części matrycy tworzone są profile kompetencji: organizacyjny i indywidualny. Profil organizacyjny identyfikuje kompetencje związane z konkretnym programem szkolenia lub kwalifikacji/certyfikatem. Profil indywidualny odnosi się natomiast do kompetencji uzyskanych przez konkretną osobę [21].

Głównym celem projektu było opracowanie Matrycy Kompetencji Pielęgniarki i połączenie jej z opracowaną w ramach projektu NoBoMa Matrycą Opiekuna Osoby Starszej, co razem tworzy Matrycę Kompetencji Opieki Profesjonalnej. W opracowaniu matrycy wykorzystano model VQTS, który po raz pierwszy zastosowano w dziedzinie mechatronika i w kolejnych latach w różnych sektorach i zawodach. W odniesieniu do sektora opieki zdrowotnej po raz pierwszy VQTS zastosowano we wspomnianym już projekcie NoBoMa, którego partnerem była instytucja badawcza z Austrii – 3s research laboratory, uczestnicząca również w projekcie HCEU. Doświadczenia partnera z obu projektów stanowiły cenne źródło prac zespołu HCEU, który do opracowanej matrycy, wykorzystując model VQTS, włączył wyniki procesu uczenia (EQF) w celu wzajemnych powiązań z Europejską Ramą Kwalifikacji (ERK).

Metodyka i wyniki projektu

Jak już wcześniej wspomniano, projekt HCEU opierał się na wynikach badań uzyskanych w innych projektach wykorzystujących model i matrycę VQTS oraz praktycznym doświadczeniu partnerów związanym z uznawaniem kwalifikacji i wspieraniem mobilności pracowników sektora opieki zdrowotnej.

W pracach zespołu wykorzystano: analizę systemu kształcenia w krajach uczestniczących w projekcie, analizę programów kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa, analizę certyfikatów/dyplomów formalnego uznawania kwalifikacji oraz opinie ekspertów, którymi byli nauczyciele prowadzący kształcenie, pracodawcy i pielęgniarki zatrudnione na różnych stanowiskach pracy.

Na pierwszym etapie eksperci z krajów uczestniczących w projekcie opracowali główne obszary kompetencyjne dla pielęgniarstwa oraz ich elementy składowe (podobszary), wzorując się na rozwiniętej wcześniej, w ramach projektu NoBoMa, Matrycy Kompetencji Opiekuna Osoby Starszej. Następnie opracowano szczegółowo kolejne kroki rozwoju kompetencji w poszczególnych obszarach, tj. określono precyzyjnie, jakie kompetencje powinna posiadać pielęgniarka – począwszy od tych najprostszych, do najbardziej zaawansowanych. Kolejnym krokiem było scalenie w jednej matrycy kompetencji opiekuna osoby starszej i pielęgniarstwa, czego rezultatem było powstanie Matrycy Kompetencji Opieki Profesjonalnej [22]. Do każdego etapu rozwoju kompetencji sformułowano następnie efekty uczenia się, przypisując im odpowiedni zakres wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych.

Kolejny etap prac obejmował analizę systemów kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa w krajach uczestniczących w projekcie. Eksperti w zakresie kształcenia i zatrudniania pielęgniarzek dokonywali oceny zgodności zawartych w matrycy kompetencji i efektów uczenia się z odpowiadającymi im elementami programów nauczania pielęgniarzek w krajach partnerskich. Na podstawie uzyskanych wyników ujednolicono profile kompetencji, zgodnie ze strukturą Europejskich Ram Kwalifikacji. Zarówno obszary kompetencji, jak i efekty nauczania były wielokrotnie modyfikowane i uzupełniane w trakcie prac projektowych. Ostatecznie Matryca Kompetencji Opieki Profesjonalnej zawiera 7 głównych obszarów kompetencyjnych (**Tabela I**) oraz 3 tzw. obszary transwersalne, których elementy pojawiają się w innych obszarach kompetencyjnych (**Tabela II**). Przykłady efektów uczenia się zamieszczono w **Tabeli III**.

Cennym uzupełnieniem Matrycy Kompetencji Opieki Profesjonalnej są również opracowane w ramach projektu narzędzia dla pracodawców, które umożliwią im ocenę braków kompetencyjnych osoby ubiegającej się o uznanie kwalifikacji i zatrudnienie na danym stanowisku pracy w sektorze ochrony zdrowia. Narzędzia obejmują zestaw pytań i zadań praktycznych dla kandydata odnoszących się do danego obszaru kompetencyjnego i poziomu kompetencji oraz precyzyjne kryteria ich oceny.

Po zakończeniu prac projektowych Matryca Kompetencji Opieki Profesjonalnej zostanie przetłumaczona na języki krajów partnerskich, a następnie poddana pilotażowemu testowaniu, ewaluacji i weryfikacji.

Grupa docelowa

Projekt adresowany jest do różnych grup docelowych, których przedstawiciele uczestniczyli w projekcie jako eksperci i konsultanci:

- 1) Poszukujących pracy – pielęgniarzek, opiekunów osób starszych zainteresowanych podjęciem pracy w innym kraju europejskim. Ta grupa była zaangażowana w badanie ogólnych instrumentów w praktyce przez analizę swojego indywidualnego zestawu uzyskanych efektów kształcenia formalnego, pozaformalnego i nieformalnego oraz wskazanie ich jako indywidualny profil matrycy VQTS. Grupa brała również udział w ocenie narzędzi do identyfikacji poszczególnych matryc kompetencji oraz identyfikacji ponadnarodowych modułów nauczania.
- 2) Pracodawców w sektorze opieki zdrowotnej – grupa ta uczestniczyła w ocenie profili organizacyjnych kompetencji oraz identyfikacji ponadnarodowych modułów nauczania i do ogólnej oceny narzędzi HCEU.
- 3) Organizatorów kształcenia i szkolenia zawodowego – przedstawiciele uczestniczyli w całym projekcie, na wszystkich jego etapach jako konsultanci i realizujący działania ewaluacyjne.
- 4) Partnerów społecznych w ramach opieki zdrowotnej – uczestniczyli jako konsultanci oraz podejmowali działania w zakresie upowszechniania we władzach krajowych i właściwych organach uznawania zagranicznych kwalifikacji w ramach opieki zdrowotnej.

Obszar kompetencyjny	Podobszar
CA.1. Ocena wstępna, diagnoza, plan opieki profesjonalnej	1.1. Gromadzenie danych
	1.2. Diagnoza pielęgnarska
	1.3. Planowanie profesjonalnej opieki
CA.2. Opieka pielęgnarska	2.1. Podstawowa opieka i higiena osobista
	2.2. Odżywianie
	2.3. Mobilność, poruszanie się, zmiana pozycji ciała
	2.4. Wydalanie
CA.3. Interwencje pielęgnarskie	3.1. Udział w procedurach medycznych i diagnostycznych
	3.2. Przygotowywanie i podawanie leków
	3.3. Postępowanie z ranami
	3.4. Postępowanie ze stomią
	3.5. Postępowanie ze sprzętem medycznym
	3.6. BLS, ALS
CA.4. Stwarzanie oraz utrzymanie zdrowego i bezpiecznego środowiska	4.1. Higiena
	4.2. Sterylizacja
	4.3. Zdrowie i bezpieczeństwo zawodowe w miejscu pracy
	4.4. Postępowanie w przypadku zagrożeń wewnętrznych
CA.5. Komunikowanie i współpraca z innymi profesjonalistami	5.1. Trening i zarządzanie współpracownikami w trakcie pracy
	5.2. Profesjonalna komunikacja
	5.3. Opieka zintegrowana
CA.6. Komunikowanie i współpraca z pacjentem/klientem	6.1. Komunikowanie się z pacjentami/klientami oraz osobami znaczącymi
	6.2. Edukacja i motywowanie pacjentów/klientów oraz osób znaczących
	6.3. Promocja zdrowia i prewencja
	6.4. Wspieranie życia społecznego i stymulującego środowiska
	6.5. Organizowanie życia codziennego i codziennych aktywności
CA.7. Zarządzanie	Do opracowania na kolejnych etapach projektu

Tabela I. Główne obszary kompetencyjne matrycy wraz z podobszarami.

Table I. Main Matrix Competence Areas and Subareas.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Matryca Kompetencji Opieki Profesjonalnej; <https://www.project-hceu.eu/https://www.project-hceu.eu> (dostęp: 14.06.2018) [22].

Obszar kompetencyjny	Podobszar
CA. A. Monitorowanie, dokumentowanie i zapewnianie jakości opieki	A.1. Monitorowanie i ocena stanu pacjenta/klienta
	A.2. Dokumentowanie
	A.3. Promowanie działań zapewniających jakość opieki
CA. B. Kompetencje etyczne, międzykulturowe i prawne	B.1. Kompetencje etyczne
	B.2. Kompetencje międzykulturowe
	B.3. Normy prawne
CA. C. Ciągły rozwój zawodowy	C.1. Identyfikowanie i zaspokajanie potrzeb doskonalenia zawodowego
	C.2. Rozwój profesji
	C.3. Badania naukowe

Tabela II. Obszary transversalne matrycy wraz z podobszarami.

Table II. Matrix Transversal Competence Areas and Subareas.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Matryca Kompetencji Opieki Profesjonalnej; <https://www.project-hceu.eu/https://www.project-hceu.eu> (dostęp: 14.06.2018) [22].

Obszar kompetencyjny 1				
Ocena wstępna, diagnoza, plan opieki profesjonalnej				
Podobszary kompetencyjne	Kroki rozwoju kompetencji (VQTS)			
	Kompetencja, wiedza, umiejętności (EQF)			
1.1. Gromadzenie danych	1.1.a. Potrafi asystować w przeprowadzaniu profesjonalnej oceny wstępnej	1.1.a. Potrafi asystować w przeprowadzaniu profesjonalnej oceny wstępnej	1.1.c. Potrafi kierować i nadzorować przeprowadzanie całościowej oceny wstępnej	
1.2. Diagnoza pielęgnarska	1.2.a. Potrafi asystować w formułowaniu diagnozy pielęgnarskiej na podstawie zgromadzonych danych	1.2.b. Potrafi sformułować/zweryfikować diagnozy pielęgnarskie na podstawie zgromadzonych danych	1.2.c. Potrafi kierować i nadzorować innych w formułowaniu/weryfikowaniu diagnoz pielęgnarskich	
1.3. Planowanie opieki profesjonalnej	1.3.a. Potrafi asystować w opracowywaniu, weryfikowaniu i adaptowaniu planu opieki profesjonalnej	1.3.b. Potrafi opracować, zweryfikować i zaadaptować plan opieki profesjonalnej	1.3.c. Potrafi: zastosować i opracować plan opieki specjalistycznej, kierować i nadzorować opracowywanie, weryfikowanie i adaptowanie planu profesjonalnej opieki	
Obszar kompetencyjny 2				
Opieka pielęgnarska				
Podobszary kompetencyjne	Kroki rozwoju kompetencji (VQTS)			
	Kompetencja, wiedza, umiejętności (EQF)			
2.1. Podstawowa opieka i higiena osobista	2.1.a. Potrafi wspierać pacjentów/klientów w podstawowej opiece	2.1.b. Potrafi sprawować podstawową opiekę u wszystkich pacjentów/klientów	2.1.c. Potrafi kierować i nadzorować innych podczas sprawowania podstawowej opieki u wszystkich pacjentów/klientów	
2.2. Żywienie	2.2.a. Potrafi zamówić i rozdzielić posiłki oraz, gdy to konieczne, pomagać pacjentom/klientom bez specjalnych ograniczeń dietetycznych lub funkcjonalnych zgodnie z planem żywienia	2.2.b. Potrafi asystować w: opracowaniu i adaptowaniu planu żywienia zgodnie z indywidualnym stanem i ograniczeniami funkcjonalnymi pacjenta/klienta, prowadzeniu żywienia dojelitowego oraz zakładaniu i utrzymaniu zgłębnika do żywienia	2.2.c. Potrafi samodzielnie: opracować/ zaadaptować plan żywienia zgodnie z indywidualnym stanem i ograniczeniami funkcjonalnymi pacjenta/klienta, założyć i utrzymać zgłębnik do żywienia	2.2.d. Potrafi kierować i nadzorować prowadzenie żywienia dojelitowego oraz zakładanie i utrzymanie zgłębników do żywienia

Tabela III. Przykłady etapów rozwoju kompetencji (VQTS).

Table III. Examples of competence development steps (VQTS).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Matryca Kompetencji Opieki Profesjonalnej; <https://www.project-hceu.eu/https://www.project-hceu.eu> (dostęp: 14.06.2018) [22].

Uczestnicy projektu HCEU są przekonani, że opracowana Matryca Kompetencji Opieki Profesjonalnej wraz z narzędziami może stanowić dobre wsparcie dla uznania kwalifikacji uzyskanych w ramach pozaformalnego i nieformalnego uczenia się osób poszukujących pracy w sektorze ochrony zdrowia poza granicami własnego kraju. Matryca może być również wykorzystana w ocenie kompetencji pracownika na stanowisku pracy, w ocenie kompetencji pracownika zmieniającego miejsce pracy w danym kraju oraz do opracowania matrycy dla innych zawodów w sektorze ochrony zdrowia.

Informacje o projekcie HCEU oraz oryginalna wersja Matrycy Kompetencji Opieki Profesjonalnej są dostępne na stronie <https://www.project-hceu.eu> [22].

Piśmiennictwo

- World Health Organization, *Health accounts*, 2010; www.who.int/health-accounts/en/ (dostęp: 14.06.2018).
- International Council of Nursing, Nurses, *Pielęgniarki siłą na rzecz zmian, kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia*, ICN, Geneva 2014; www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN_Pielegniarki_sa_sila_2014.pdf (dostęp: 6.06.2018).
- Finlayson B., *Mind the gap: the extent of the NHS nursing shortage*, „British Medical Journal” 2002; 325: 528–541.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2017.
- Interantional Council of Nursing, Nurses, *Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian, Efektywna opieka i racjonalne koszty*, ICN, Geneva 2015; www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/20150909_ICN_Pielegniarki_sa_sila_na_rzecz_zmian.pdf (dostęp: 12.07.2017).
- International Council of Nurses, *ICN Fact Sheet on Positive Practice Environments*, 2013; www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9d_FS-Positive_Practice_Environments.pdf (dostęp: 16.07.2017).

7. *Barometr zawodów*, Wojewódzkie Urzędy Pracy; www.barometrzwodow.pl (dostęp: 30.05.2018).
8. Raport OECD, *Health at Glance 2015*; www.oecd.org (dostęp: 14.06.2018).
9. International Council of Nurses, *ICN Fact Sheet on Positive Practice Environments*, 2013; www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9d_FS-Positive_Practice_Environments.pdf (dostęp: 14.06.2018).
10. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Lake E.T., Cheney T., *Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes*, „Journal of Nursing Administration” 2008; 38 (5): 223–229.
11. Aiken L.H., Douglas M.S., Bruyneel L., Van de Heede K., Sermeus W., *Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe*, „International Journal of Nursing Studies” 2013; 50: 143–153.
12. Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diodidous M., Kinnunen J., Kózka M., Lesaffre E., McHugh M.D., Moreno Casbas M.T., Rafferty A.M., Schwendimann R., Scott P.A., Tishelman C., van Achterberg T., Sermeus W., *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study*, „The Lancet” 2014; 383 (9931): 1824–1830.
13. Heinen M.M., Achterberg T., Schwendimann R., Zander B., Matthews A., Kózka M., Ensio E., Sjetne I.S., Moreno Casbas T., Ball J., Schoonhoven L., *Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries*, „International Journal of Nursing Studies” 2013; 50 (2): 174–184.
14. Buchan J., Parkin T., Sochalski J., *International nurse mobility, trends and policy implications*, Bulletin of the WHO, Geneva 2003.
15. Bradby H., *International medical migration: A critical conceptual review of the global movements of doctors and nurses*, „Health” (London) 2014; 18 (6): 580–596.
16. Valizadeh S., Hasankhani H., Shojaimotlagh V., *Nurses' immigration: Causes and problems*, „International Journal of Medical Research & Health Sciences” 2016; 5 (9S): 486–491.
17. Binkowska-Bury M., Nagórska M., Januszewicz P., Ryżko J., *Migracje pielęgniarek i położnych – problemy i wyzwania*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, Rzeszów 2010; 4: 497–504.
18. CEDEFOP. *Terminologia europejskiej polityki kształcenia i szkolenia*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2014; www.cedefop.europa.eu/de/node/12028 (dostęp: 14.06.2018).
19. Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady (2008/C 111/01); eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/ (dostęp: 14.06.2018).
20. <https://ec.europa.eu/esco> (dostęp: 14.06.2018).
21. Luomi-Messerer K., Markowitsch J., *Model VQTS. Propozycja dla strukturalnego opisu kompetencji związanych z pracą zawodową i ich nabywania*, 2006; www.vocationalqualification.net/mmedia/2008.05.07/1210162936.pdf (dostęp: 14.06.2018).
22. Matryca Kompetencji Opieki Profesjonalnej; <https://www.project-hceu.eu> (dostęp: 14.06.2018).